

**DR.(YU) MED. ALEKSANDRA ZITTIER**  
PRAXIS FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE  
BECKHAUSER STR. 50 \* 40699 ERKRATH HOCHDAHL

---

Name, Vorname :..... Geb. Datum:.....

Telefon- Nummer :..... Mobil :.....

Anschrift :..... Tätigkeit:.....

eMail- Adresse :.....

Körpergröße :..... cm Körpergewicht :..... kg. BMI :.....

Ihr Hausarzt, Name :

.....

Versichert bei:..... Privat Versichert bei.....

---

Zu Ihrer Krankheitsgeschichte habe ich einige Fragen, deren genaue Beantwortung mir hilft, Sie besser beraten und betreuen zu können.

Leiden Sie an einer der hier angegebenen **Erkrankungen** und sind Sie deshalb in Behandlung ?

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Thrombose         | <input type="radio"/> Embolie                       |
| <input type="radio"/> Schlaganfall    | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit   | <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen       |
| <input type="radio"/> Brustkrebs      | <input type="radio"/> erhöhte Blutfette | <input type="radio"/> andere bösartige Erkrankungen |

Erster Tag der letzten **Regel** Datum: ..... Wieviele Tage liegen zwischen zwei Perioden .....  
Ist die Blutung stark:  normal:  schwach:  schmerzhaft:  Unregelmäßig:

Die Periodenblutung dauert : ...Tage Wie alt waren Sie ungefähr bei Ihrer ersten Regel ? ....Jahre

sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie regelmäßig an die Krebsvorsorge-Untersuchung erinnern ?

ja  nein

**DR.(YU) MED. ALEKSANDRA ZITTIER**  
PRAXIS FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE  
BECKHAUSER STR. 50 \* 40699 ERKRATH HOCHDAHL

---

<b>Geburten</b> Jahr	Spontan	Kaiserschnitt		
<b>Operationen</b> / in den Jahren: .....	<input type="radio"/>	Fehlgeburten: <input type="radio"/>	Bauchhöhlen- schwangerschaften	<input type="radio"/>
<b>Allergien:</b>	<input type="radio"/>	.....	<b>Medikamente</b>	.....
trinken Sie regel mäßig <b>Alkohol</b> ?	Rauchen Sie? <input type="radio"/>	wenn ja wie viel ? : .....		
<b>Verhütung</b>	Ja <input type="radio"/>	Gelegentlich <input type="radio"/>	Welche Pille	von..... bis.....

**Wichtiger Hinweis über Risiken bei der Einnahme der Pille und der  
Hormonersatztherapie.**

**Risiken:** Änderung in der Blutgerinnung( Thrombose, Embolie, Infarkte, Schlaganfallrisiko) sowie ungünstige Einflüsse auf das Brustkrebsrisiko. Hormonhaltige Medikamente wie die "Pille" zur Empfängnisverhütung oder Hormone gegen Wechseljahrbeschwerden führen bei den meisten Frauen zu dichterem Gewebe und einer festeren Brust und gelten als risikosteigernd für den Brustkrebs. Daher muss ich auf **Besonderheiten bei der Mammographie** hinweisen. Je dichter das Gewebe der Brust ist, desto weniger strahlendurchlässig wird es. Damit wird die Mammographie weniger zuverlässig. Im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung ist daher eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung der Brust empfehlenswert, da durch Abtasten der Brust der Ausschluss eines verdächtigen Befundes nicht möglich ist.

Die Ultraschall- Untersuchung der Brust ist nicht in der normalen Krebsvorsorge enthalten.  
Die Kosten für die Untersuchung müssen von der Patientin selbst getragen werden.

Nehmen Sie Hormone ein ? seit wann .....

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von **Brust** oder **Eierstockkrebs** ? Wenn ja, welche bei wem ? und in welchem Alter traten sie auf ?

.....  
Gibt es in Ihrer Familie **Osteoporose**, wenn ja bei wem ?

**Mammographie**

Wann wurde die letzte Mammographie durchgeführt ?.....

Der Grund Ihres Besuchs, andere **Besonderheiten**:.....

.....  
Die vorstehende Aufklärung habe ich verstanden und akzeptiert. Meine Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Datum ..... Unterschrift (Patientin)